



Empirical Articles

Considerações em Relação à Qualidade de Vida de Pacientes Psiquiátricos em Residência Terapêutica

Considerations Regarding the Quality of Life in Patients at Psychiatric Therapeutic Residence

Cleuza de Deus^a, Cristiane Batista da Silva Antunes^a, Maria José de Oliveira Barbosa^a, José Maria Montiel^{*b}, Daniel Bartholomeu^b

[a] Anhanguera Educacional, Jundiaí, Brasil. [b] UniFIEO, Centro Universitário FIEO, Osasco, Brasil.

Resumo

Qualidade de Vida, um termo bastante usado na literatura abrangendo vários significados, com seu surgimento especificado na área da saúde.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pacientes em Residência Terapêutica (RT) devido ao processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de Centro de Atenção Psicossocial de Saúde e Hospitais Dia.

Método: Foram avaliados 38 internos de um município do interior de São Paulo, de ambos os sexos (78,9% homens), com idades entre os 32 e os 76 anos ($M = 30$ anos, $DP = 3.24$). Os instrumentos incluíram um questionário sociodemográfico e o WHOQOL-BREF a fim de avaliar a qualidade de vida.

Resultados: Os domínios Relações Sociais e Relações Ambientais tenderam a ser melhor percebidos por pacientes que têm namorados em comparação aos que não têm, sendo essa uma possibilidade em relação ao grupo de pacientes ambulatoriais em que as relações sociais de pacientes de RT foram menores. Também os pacientes de RT que tinham amigos tenderam a perceber sua qualidade de vida relacional melhor que os que não tem.

Conclusão: Neste sentido, um treinamento de habilidades sociais que facilite à esses pacientes fazer novas amizades e construir novos relacionamentos pode ser um investimento interessante nas intervenções neste grupo.

Palavras-Chave: saúde mental, transtornos mentais, avaliação psicológica

Abstract

Quality of Life, a widely used term in the literature, spanning multiple meanings, with its appearance specified in healthcare.

Aim: To evaluate the quality of life of patients at Therapeutic Residences (RT) due to the process of reduction of beds in psychiatric hospitals and the creation of the Psychosocial Care Center for Health and Hospitals.

Method: A total 38 hospitalized individuals from the city of São Paulo, of both sexes (78,9% men) aged 32-76 years ($M = 30$ years, $SD = 3.24$) were evaluated. The instruments used were a sociodemographic questionnaire and the WHOQOL-BREF to evaluate quality of life.

Results: The results pointed out that the Social and Environmental Relationships domains tended to be better perceived by patients who are partnered as compared to those who are not, and this is a possibility in relation to the outpatient group, in which the social relations of RT patients were lower. Also the patients who had RT friends tended to perceive their relational quality of life better than those who did not.

Conclusion: In this sense, a social skills training to facilitate these patients making new friends and building new relationships can be an interesting investment in interventions in this group.

Keywords: mental health, mental disorders, psychological assessment

Psychology, Community & Health, 2014, Vol. 3(2), 79–89, doi:10.5964/pch.v3i2.64

Received: 2013-05-07. Accepted: 2014-01-24. Published (VoR): 2014-07-22.

Handling Editor: Pedro Alexandre Costa, Psychology & Health Research Unit (UIPES), ISPA - Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

*Corresponding author at: Rua Chá de Frade, 131 Mooca São Paulo, Brasil, Cep: 03178-150. E-mail: montieljm@hotmail.com



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introdução

O conceito Qualidade de Vida (QV) é um termo subjetivo, que abrange muitos significados refletindo no momento histórico de cada pessoa, sua classe social, a cultura na qual está inserida. O termo está ligado à saúde desde o surgimento da medicina social. Na área clínica geralmente a QV está relacionada com a influência do surgimento de doenças e trauma psicológico envolvendo diferentes áreas incluindo as dimensões física, psicológica e social, marcando a multidimensionalidade do constructo (Dantas, Sawada, & Malerbo, 2003). Segundo Dantas et al. (2003), a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com seu grupo de estudo sobre a qualidade de vida define o termo como sendo a percepção que o ser humano tem de si mesmo.

O avanço das pesquisas e o interesse crescente no constructo qualidade de vida trouxeram a frequência do termo na literatura, sendo este usado numa conceituação geral. Por exemplo, no setor das políticas públicas e mais especificamente no serviço de saúde, as práticas assistenciais referem-se ao termo qualidade de vida como um indicador para avaliar ou comparar o impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções e incapacidades causam no ser humano (Lauber, Nordt, Haker, Falcato, & Roessler, 2006). Esses indicadores apontam uma compreensão do paciente contribuindo com as equipes de saúde nas decisões e condutas terapêuticas, trazendo mudanças esperadas no setor da promoção da saúde, da prevenção de doenças e possível interesse pela avaliação da qualidade de vida (Seidl & Zannon, 2004).

Entre as contribuições em relação à promoção de saúde visando a qualidade de vida de tais condições especialmente a psiquiátrica, as residências terapêuticas exercem papel significativo na melhora da condição de vida desta população. Assim, no presente estudo questiona-se se as residências terapêuticas estariam associadas a boa qualidade de vida de seus usuários visando estabelecer pontos para a melhora deste tipo de cuidado à saúde mental. As residências terapêuticas são moradias ou casas destinadas a dar assistência a pacientes que saem de internações especialmente psiquiátricas de longa permanência, cujos pacientes que não possuem suporte familiar e/ou facilitadores de inserção social (Lauber et al., 2006; Vidal, Bandeira, & Gontijo, 2008). Assim, as residências terapêuticas têm como propósito propiciar e estimular a convivência social, a construção de possibilidades de vida, desenvolvimento da independência e individualidade, diferenciando assistencialismo oferecido comumente observado em outras políticas públicas (Alves, Casais, & Santos, 2009; Fassheber & Vidal, 2007). Segundo os mesmos autores as Residências Terapêuticas (RT) assumem efetivamente a função do conceito de casa e moradia, sendo fundamental para o desenvolvimento de senso de construção individual e pessoal, ou seja, um dispositivo assistencial de grande relevância para a atenção em saúde mental, uma vez que permite a emergência de novas e ricas experiências para os participantes/pacientes (Alves et al., 2009; Fassheber & Vidal, 2007).

Silva e Azevedo (2011) apontam que em decorrência da reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil, diversas mudanças ocorreram especialmente no que diz respeito às práticas profissionais ocorridas no âmbito dos hospitais psiquiátricos. Até então as práticas baseavam-se nos pressupostos da psiquiatria cujo modelo clássico priorizava a doença como foco de assistência. Desde a reforma psiquiátrica, priorizou-se a qualidade de vida nos serviços substitutivos em saúde, tendo agora como objetivo favorecer condições mais dignas que priorizem o desenvolvimento de condições ajustadas a reinserção e independência de tais pacientes. Assim, o desenvolvimento de estratégias para envolver esses pacientes e familiares no tratamento seguindo uma visão ampliada e integrada de saúde, a qual preserve a qualidade de vida e um espaço de desenvolvimento humano, e não mais de recolhimento em decorrência de perturbação ou distúrbio mental. É nesse sentido que a Residência Terapêutica (RT)

vem-se constituindo como um modelo de tratamento a tais pacientes de modo a reconstruírem suas vidas, como seres humanos capazes de transformarem-se e que possam construir sua própria história (Klock, Heck, & Casarim, 2005; Pereira & Borenstein, 2004).

Há que se situar esse modelo de intervenção em saúde mental como parte das políticas públicas de cuidado com esta questão no Brasil e que carece de estudos mais recentes no que se refere a estudos quantitativos, como é o foco do presente estudo. Somente trabalhos qualitativos foram evidenciados até o momento neste sentido, e suas conclusões seguem na direção de que há a necessidade de uma maior humanização dos serviços prestados que foi provida pela RT e que, apesar de já caracterizar avanços quanto a esta prática, restringe, em parte, a discussão dos resultados e se identifica uma carência de estudos quantitativos sobre o tema. Ao não se ter estudos na área, torna-se pertinente saber se esses pacientes estão com boa qualidade de vida, já que isto impactaria no delineamento e refinamento deste tipo de intervenção e política pública na área de saúde mental.

Seguindo os apontamentos anteriormente descritos, avaliar a qualidade de vida em população psiquiátrica é de suma relevância, parte em decorrência das demandas existentes da própria população e em parte decorrente das mudanças oriundas dos novos modelos de tratamento, especialmente os observados no Brasil, como no caso das residências terapêuticas. No que se refere à avaliação da QV, pode-se considerar que esta é complexa e nas últimas décadas houve aumento de instrumentos e questionários, que na maioria são desenvolvidos nos Estados Unidos e traduzidos para utilização em diferentes países estabelecendo normas de medidas conforme o contexto cultural. Mas a aplicação desses instrumentos nesta questão se tornou um tema controverso, pois alguns autores criticam a possibilidade do conceito qualidade de vida não ser ligado à cultura em que o indivíduo está inserido, trazendo a necessidade da Organização Mundial da Saúde desenvolver um projeto que atendesse uma perspectiva transcultural e multicêntrica definindo o conceito de qualidade de vida como subjetivo e multidimensional: ou seja, independente da cultura, nação ou época, o indivíduo precisa se sentir bem psicologicamente, e integrado na sociedade com boas condições física e funcional. (Fleck et al., 1999).

Segundo Leal (2008) os instrumentos que avaliam e mensuram a qualidade de vida são desenvolvidos pelo grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) da OMS. Esses instrumentos, em relação ao campo de aplicação, são divididos em genéricos e específicos (OMS, 2001). Os genéricos têm como objetivo avaliar o impacto causado por uma ou mais doenças específicas, podendo ser aplicados em diferente contexto social e cultural. Os específicos avaliam os aspectos da qualidade de vida com objetivos de detectar uma melhora ou piora do aspecto que esta sendo avaliado (Scattolin, 2006). Para se avaliar a qualidade de vida no campo da psiquiatria o instrumento WHOQOL-BREF foi concretizado em 2008, juntamente com OMS e alguns países incluindo o Brasil que ao longo dos últimos dez anos vem impulsionado por políticas específicas, aprovação de leis e movimentos sociais buscando um atendimento humanizado aos pacientes psiquiátricos (Martins, Arantes, & Forcella, 2008). Com base no exposto acima, este estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos em residência terapêutica por meio das mudanças em decorrência do surgimento da reforma psiquiátrica. É importante salientar que de acordo com as propostas do modelo em residência terapêutica os pacientes deveriam pelo menos em parte obterem de maior independência e melhor componentes relacionados com a qualidade de vida, ou seja, de serem capazes de reconstruírem suas vidas, como seres humanos, sendo capazes de transformarem seu cotidiano construindo condições de ajustamento em sociedade. Assim, avaliar a qualidade de vida de tais pacientes e as peculiaridades decorrentes desta qualidade se fazem necessárias a fim de que tais informações possam favorecer melhor compreensão deste tipo de modalidade RT.

Método

Participantes

Foram avaliados 38 indivíduos internos de um programa de residência terapêutica, de um Município do interior de São Paulo. A idade dos participantes variou de 32 a 76 anos com média de 30 anos ($DP = 3.24$).

Do total da amostra, 78.9% eram homens e 21.1% mulheres. Em relação à escolaridade 21.1% dos pacientes relatam serem analfabetos, 42.1% são pacientes que estudaram entre a 2ª e 3ª série, 26.3% são pacientes que estudaram entre a 4ª e 5ª série (cinco anos de estudo formal), 5.3% estudaram até a 6ª série, 2.6% não concluíram o ensino médio (11 anos de estudo formal), 2.6% não concluíram o ensino superior (acima de 12 anos de estudo formal). Em relação ao ter ou não ter filhos, dos pacientes avaliados 73.3% não tiveram filhos e 23.7% tiveram filhos. Ao número de filhos, dos que tiveram filhos, 15.8% teve somente um filho, 5.3% tiveram dois filhos e 2.6% tiveram três filhos. Considerando-se as visitas, um total de 78.9% dos pacientes não recebem visitas, e 21.1% recebem visitas. De entre os que recebem visitas 11.8% são de irmãos, 2.0% de mães e 2.0% são de filhos. O tempo em que os pacientes vivem na Residência Terapêutica varia de um mês a 480 meses, ou seja, de um mês a 40 anos.

Com relação à ocupação trabalho, 44.5% dos pacientes não trabalham ou não exercem nenhuma atividade e 55.3% trabalham ou exercem alguma atividade. Dentre as atividades de lazer que estão envolvidos, 21.1% assistem televisão, 23.7% gostam de ouvir música, 26.3% gostam de passear, 2.6% fazem serviços domésticos, 2.6% gostam de ler, 2.6% tocam violão, 2.6% gostam de conversar, 2.6% capinam o quintal, 2.6% cuidam do jardim, 2.6% fazem serviços diversos, 2.6% gostam de jogar dominó, 2.6% falam sobre a Bíblia, 2.6% descasam, 2.6% gostam de fazer crochê. Dos moradores 28.9% não tem nenhuma renda, e 65.8% recebem benefício da Previdência Social e 5.3% recebem salários, pois trabalham em empresas.

Em relação à amizade, 10.5% dos pacientes declaram não ter amigos, 89.5% declaram que tem amigos. Em relação a ter namorado(a) ou não, 63.2% dos pacientes dizem não ter, e 36.8% declaram namorar. Em relação a ter ou não doenças, 57.9% declaram não terem doença, 42.1% afirmam que tem algum tipo de doença, tais como: cardíaco, AVC, polineuropatia, bronquite, falta de ar ocasionado pelo fumo, dores na coluna, hipertensão arterial, diabetes, pedra na vesícula, hepatite C e glaucoma.

Instrumentos

Para a realização do estudo foram utilizados dois instrumentos, sendo um questionário sociodemográfico elaborado pelos autores deste projeto com questões referentes à idade, sexo, estado civil, escolaridade, até que série estudou, a escolha entre ter ou não ter filhos, quantidade de filhos, recebimento de visitas, outros tipos de visitas, tempo de moradia na residência terapêutica, ocupação laboriosa, localidade em que trabalha, atividade desenvolvida, recebimento de salário pela atividade, atividades de que gosta nas horas vagas, amizades, relacionamentos afetivos estáveis, presença de outras doenças, de modo a poder identificar questões pertinentes ao dia-a-dia de cada participante deste estudo.

O segundo instrumento utilizado foi o WHOQOL-BREF (Fleck et al., 1999) que é composto por 26 perguntas, sendo duas de autoavaliação e 24 divididas em quatro domínios, ou seja, domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente. Através da utilização da sintaxe do WHOQOL breve foram calculados os perfis da Qualidade de Vida (QV) traduzido pelos valores obtidos nos quatro domínios de QV.

Desenvolvimento do WHOQOL-BREF — A necessidade de instrumento curto e que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, levou o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver a forma breve de um instrumento anteriormente desenvolvido pela própria OMS que era o WHOQOL-100. A proposta foi de se manter a estrutura do anterior e o seu conceito de qualidade de vida que já havia sido definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994).

Apesar de todo o esforço realizado pela OMS em envolver representantes de 18 países com diferentes características socioeconômicas, políticas e religiosas e conseguir cunhar o conceito acima citado, ainda não existe um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida. Porém, três aspectos fundamentais referentes ao constructo qualidade de vida foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes culturas:

1. Subjetividade;
2. Multidimensionalidade
3. Presença de dimensões positivas (p. ex. mobilidade) e negativas (p. ex. dor).

O reconhecimento da multidimensionalidade do constructo que havia possibilitado na estrutura do instrumento baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais, os quais são decorrentes de 24 facetas e estas compostas por quatro questões no questionário para determinar a construção de cada faceta, passou a constar no WHOQOL-BREF de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, mas se mantiveram as 24 facetas que agora eram definidas por apenas uma questão cada uma delas. Os domínios independência e religião/crença/espiritualidade tiveram suas facetas constituindo respectivamente os domínios, físico e psicológico.

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-BREF foi tanto conceitual como psicométrico. Finalmente foi feita uma análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios e assim o WHOQOL-BREF ficou composto de quatro domínios.

Fleck, Louzada, Chachamovich, Santos, e Pinzon (2000) realizaram a tradução e fizeram a aplicação do teste de campo do instrumento em Porto Alegre e dos resultados obtidos puderam chegar a seguintes conclusões que os dados mostraram uma satisfatória consistência interna (Alfa de Cronbach variando de 0.71 a 0.91), validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste utilizando uma amostra heterogênea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatorio como em hospital, e grupo controle sadio com evidências semelhantes à versão ampliada deste instrumento.

Procedimentos

Em relação aos procedimentos deste estudo, primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Anhanguera (Brasil), tendo sido aprovado em (30/11/2011) registrado sob o número (2342/ 2011). Após autorização da Instituição e dos pacientes, e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que os instrumentos foram aplicados de forma individual, na residência do morador. Conforme o consentimento foi apresentado a cada participante e foram aplicados os instrumentos de avaliação anteriormente descritos. O avaliador explicou a cada um dos pacientes que se tratava de uma pesquisa e seu caráter confidencial, foi solicitado a todos para que respondessem às questões do questionário formulado pelas autoras

e posteriormente foi aplicado o WHOQOL-BREF. A coleta de dados foi em uma única sessão, cada morador levou aproximadamente 30 minutos para responder ambos os instrumentos.

Resultados

Procurou-se analisar se a qualidade de vida dos pacientes da residência terapêutica era semelhante à apresentada pelos pacientes psiquiátricos tratados em ambulatório, incluídos na amostra de padronização do instrumento por Fleck et al. (2000). Tal análise foi feita pelo coeficiente d de Cohen e seus resultados por domínio avaliado pelo WHOQOL-BREF estão na Tabela 1. Os resultados desta análise indicam que o tamanho do efeito da comparação entre os pacientes psiquiátricos que estão em residência terapêutica ($N = 38$) tendeu a ser superior em todos os domínios (tamanhos do efeito elevados), excetuando-se o das relações sociais (tamanho do efeito médio) em comparação aos pacientes psiquiátricos ambulatoriais ($N = 54$) da amostra do estudo de Fleck et al. (2000) em que são tomadas evidências de validade brasileiras para o WHOQOL-BREF (Cohen, 1988).

Tabela 1

Comparação das Dimensões do WHOQOL-BREF Entre a Amostra de Padronização (Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais) e de Residência Terapêutica

Medidas	Média (DP) Amostra padronização	Média (DP) Amostra RT	d de Cohen	Tamanho do efeito
Domínio 1 (Físico)	13.51 (2.85)	26.70 (3.49)	4.19	0.90
Domínio 2 (Psicológico)	13.33 (3.12)	21.92 (2.81)	2.91	0.82
Domínio 3 (Relações)	13.97 (3.96)	9.65 (2.54)	1.29	0.54
Domínio 4 (Ambiente)	13.14 (2.75)	28.39 (7.94)	2.57	0.79

Feitas essas análises iniciais, passou-se à comparação dos resultados do WHOQOL-BREF em razão das variáveis sociodemográficas da amostra de RT pela prova U de Mann-Whitney. Os resultados das variáveis sociodemográficas que diferenciaram significativamente algumas destas variáveis estão na Tabela 2.

Por esses dados, pode-se dizer que a qualidade de vida no domínio físico tendeu a ser menor para pacientes de RT que recebem visitas em comparação aos que não recebem. Os domínios relações sociais e ambiental tenderam a ser melhor percebidos por pacientes que têm namorados em comparação aos que não têm, sendo essa uma possibilidade em relação ao grupo de pacientes ambulatoriais (Tabela 1) em que as relações sociais de pacientes de RT foram menores. Também os pacientes de RT que tinham amigos tenderam a perceber sua qualidade de vida relacional melhor que os que não tem.

Tabela 2

Comparação das Dimensões do WHOQOL-BREF por Variáveis Sociodemográficas de Pacientes em RT

Variável	Grupos	Medidas	Média dos postos	U	p
Tem amigos	Sim	Domínio Físico	20,04	49,50	0,394
	Não	Domínio Físico	14,88		
	Sim	Domínio Psicológico	20,53	33,00	0,093
	Não	Domínio Psicológico	10,75		
	Sim	Domínio Relações	20,84	22,50	0,029
	Não	Domínio Relações	8,13		
	Sim	Domínio Ambiente	20,29	41,00	0,196
	Não	Domínio Ambiente	12,75		
Tem namorado	Sim	Domínio Físico	24,07	104,00	0,054
	Não	Domínio Físico	16,83		
	Sim	Domínio Psicológico	23,36	114,00	0,106
	Não	Domínio Psicológico	17,25		
	Sim	Domínio Relações	26,71	67,00	0,002
	Não	Domínio Relações	15,29		
	Sim	Domínio Ambiente	24,36	100,00	0,040
	Não	Domínio Ambiente	16,67		
Recebe Visita	Sim	Domínio Físico	12,44	63,50	0,041
	Não	Domínio Físico	21,38		
	Sim	Domínio Psicológico	14,75	82,00	0,183
	Não	Domínio Psicológico	20,77		
	Sim	Domínio Relações	13,63	73,00	0,096
	Não	Domínio Relações	21,07		
	Sim	Domínio Ambiente	17,63	93,00	0,350
	Não	Domínio Ambiente	20,00		

Nota. Tem amigos: sim $n = 34$, não $n = 4$; Tem namorado: sim $n = 14$, não $n = 24$; Recebe visitas: sim $n = 8$, não $n = 30$.

Discussão

Este trabalho foi realizado tendo o objetivo de verificar como é qualidade de vida dos moradores de uma Residência Terapêutica, mostrando as mudanças ocorridas com o surgimento da Reforma Psiquiátrica, que conforme [Furtado \(2006\)](#), é uma tentativa de melhorar as condições de vida dos pacientes internos de longa permanência, surgindo assim em alternativas de moradias para esses internos. Nos resultados obtidos dos domínios, temos o domínio físico em que diferenças significativas foram encontradas entre pacientes de RT e ambulatoriais. As boas condições físicas estão relacionadas com qualidade de vida, segundo [Dantas et al. \(2003\)](#). Merecem destaque os efeitos negativos das visitas sobre este aspeto. Pode-se sugerir que o fato de a doença mental ter como característica o isolamento e decréscimos sociais possa favorecer uma percepção inadequada das visitas, já que, para o paciente, a presença deste isolamento seja percebida como melhor qualidade de vida, apesar de trazer outros prejuízos que não são percebidos pelos mesmos em decorrência do próprio quadro clínico e das peculiaridades sintomatológicas de cada transtorno. Tal fato indica novos estudos desta relação.

Apesar de não se poder afirmar que os aspetos da qualidade de vida de pacientes psiquiátricos em residências terapêuticas são unicamente decorrentes da intervenção a que estão submetidos, pode-se entender que esta certamente tem um papel importante neste aspeto, uma vez que a maior parte dos pacientes em residência terapêutica já estão nestas condições há alguns anos, caracterizando uma forma de vida específica e seguramente distinta de pacientes em ambulatório. Assim, novas investigações mais controladas e com delineamentos experimentais poderiam ser planejadas no sentido de se estabelecer com dados empíricos mais seguros os efeitos da residência terapêutica sobre a qualidade de vida de pacientes psiquiátricos. Apesar disso, o presente estudo apresenta dados que sugerem a possibilidade de uma melhor qualidade de vida de pacientes em residência terapêutica em comparação aos pacientes ambulatoriais sobretudo nos aspetos físico, psicológico e ambiental.

Chama-se a atenção para o aspeto relacional que tendeu a ser inferior em residentes das RT, sendo algo a ser mais bem trabalhado pela equipe técnica visando melhorar tal aspeto. Uma vez que estão, na maior parte do tempo, dentro de suas casas e tendem a relacionarem-se pouco com os demais, estes pacientes acabam não tendo boas oportunidades de relacionamento social o que pode gerar tais percepções. Todavia, tal fato convida a mais investigações.

No domínio psicológico as mesmas diferenças foram encontradas. Conforme o resultado pode-se afirmar que essas pessoas têm uma boa percepção de si mesmas em comparação à dos pacientes ambulatoriais. Mediante isso [Dantas et al. \(2003\)](#) afirmam que a OMS define qualidade de vida como a percepção subjetiva que as pessoas têm de si mesma. De fato, a residência terapêutica parece favorecer uma melhor qualidade de vida psicológica. As RT apresentam uma estrutura que favorece ao paciente uma maior independência em comparação com os pacientes em ambulatório, em que os pacientes estão o tempo todo submetidos a alguma supervisão e rotinas que lhes são impostas e não discutidas. Assim, é possível que a estruturação dos trabalhos nesta direção seja favorável a uma melhor qualidade de vida psicológica, evidenciando aspetos interventivos que facilitam tal aspeto. Mais investigações devem ser feitas sobre este em particular.

No domínio 3, são avaliados os aspetos em relações sociais (amigos), apoio social e a vida social e neste quesito, os pacientes RT tiveram menores médias em comparação aos ambulatoriais. Apesar disso, ter amigos e namorados pareceu afetar este domínio. Conforme sugerem [Dantas et al. \(2003\)](#) qualidade de vida é um termo subjetivo, e abrange muitos significados que estão relacionados a vários aspetos da vida de uma pessoa, incluindo física, psicológica e social. No domínio quatro, os aspetos avaliados são: como o individuo se sente em relação a sua segurança física, como percebe o ambiente em que vive e como estão seus recursos financeiros. Neste caso, os pacientes RT perceberam melhor sua qualidade de vida quanto aos ambulatoriais e os relacionamentos estáveis também demonstraram bons efeitos. Chama a atenção o fato de as relações sociais terem sido percebidas como piores nas RT. Tal fato pode ser explicado pelo fato de os demais residentes também serem pacientes e que apresentam problemas de saúde mental, não favorecendo uma boa convivência e relacionamento social, sendo essa, inclusive a definição para se classificar as doenças mentais, os *deficits* psicossociais. Intervenções em habilidades sociais podem ser implementadas nas RT, visando implementar tal aspeto, já que a estrutura destas intervenções (RT) favorece a implantação de diferentes intervenções desta natureza.

Pode ser observado pelos resultados que as Residências Terapêuticas elevam a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos no geral, isto justifica porque a partir da portaria GM 106 ([Brasil, Ministério da Saúde, 2000](#)) foram montadas para esses pacientes, casas de no máximo oito pessoas, sendo três por dormitórios, contendo todo mobiliário e utensílios necessários para sua vida cotidiana. Conforme citam [Mângia e Marques \(2004\)](#), a casa

representa o local do habitar com prazer, constituindo elementos fundamentais para a reabilitação social dos portadores de transtornos mentais. No item recursos financeiros, 18 pessoas se mostraram muito satisfeitas, pois 65.8% dos moradores recebem benefício da previdência social. O programa do governo de Volta pra Casa (Brasil, Ministério da Saúde, 2003a, b) disponibilizou um pagamento mensal (auxílio - pecuniário) para esses pacientes com transtornos mentais, de internação de longa permanência, que estão inseridos em Residências Terapêuticas, contribuiu para a melhoria de vida desses moradores, que agora dispõe de recursos financeiros para suas necessidades pessoais. Dentro desse serviço de Residência Terapêutica os moradores contam, segundo Hirdes e Kantorski (2004) com uma equipe de profissionais com especializações em diversas áreas.

De fato, os dados convidam a novas investigações sobre quais aspectos da qualidade de vida físicos são afetados na residência terapêutica e suas razões. Os domínios relações sociais e ambiental tenderam a ser melhor percebidos por pacientes que têm namorados em comparação aos que não tem, sendo essa uma possibilidade em relação ao grupo de pacientes ambulatoriais (Tabela 1) em que as relações sociais de pacientes de RT foram menores. Também os pacientes de RT que tinham amigos tenderam a perceber sua qualidade de vida relacional melhor que os que não tem. Neste sentido, um treinamento de habilidades sociais que facilite a esses pacientes fazer novas amizades e construir novos relacionamentos pode ser um investimento interessante nas intervenções neste grupo, o que merece igualmente, novas pesquisas.

Com a aplicação dos instrumentos com os moradores da RT, pode-se ter uma ideia geral de como essas pessoas percebem sua qualidade de vida. Os participantes são pessoas portadoras de transtornos mentais, proveniente de instituições de longa permanência. Nota-se que, apesar destes pacientes terem perdido o vínculo com sua família e o meio em que viviam, eles tem um bom relacionamento entre os moradores e os funcionários que prestam serviços na Residência Terapêutica. Há que se considerar as limitações do presente trabalho na medida que o delineamento não permite estabelecer relações de causa e efeito, bem como o número reduzido de participantes convidando a novas investigações. Todavia, este estudo prima por contribuir quanto à análise quantitativa em contextos de RT.

Considerações Finais

As RT foram propostas pelo governo para poder ressocializar essas pessoas sofridas e estigmatizadas pelo transtorno mental. Verificou-se, pelo estudo realizado, que a qualidade de vida percebida por esses moradores é boa. Sugerem-se outros e novos estudos com a população de moradores em RT, de preferência com um número maior de participantes e que envolvam outras características de pesquisa tais como, depressão, ansiedade por morarem em RT, bem como a percepção deste tipo de população em ambientes terapêuticos. É interessante observar que as RT são uma alternativa proposta como facilitador da inserção social mas que, pelos resultados obtidos, tendeu a melhorar a qualidade de vida dos seus usuários em todos os sentidos excetuando-se as relações sociais, logo, dificultando, em certo aspecto sua inserção social (Lauber et al., 2006; Vidal et al., 2008). Assim, os modelos de RT devem ser repensados quanto à atividades visando a socialização dos pacientes por meio de treinamento de habilidades sociais, por exemplo. Deste modo, um maior investimento em políticas públicas nesta direção poderia relevar tais aspectos.

Financiamento

Os autores não têm financiamento a declarar.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não existem quaisquer conflitos de interesse.

Agradecimentos

Os autores não têm quaisquer apoios a declarar.

Referências

- Alves, M. S., Casais, N. A., & Santos, J. E. (2009). Residências terapêuticas: Experiência dos residentes de saúde mental do programa da universidade do estado da Bahia. *Emancipação*, 9(1), 107-115.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2000, February). *Portaria/GM n° 106 – De 11 de fevereiro 2000*. Retrieved from http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003a, December). *Manual do Programa “De Volta Pra Casa”*. Retrieved from http://pvc.datasus.gov.br/Documentos/Manual%20do%20Programa%20De%20Volta%20Para%20Casa_dez2003.doc
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003b, October). *Portaria n° 2077/GM Em 31 de outubro de 2003*. Retrieved from <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2077.htm>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dantas, R. A. S., Sawada, N. O., & Malerbo, M. B. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 532--538. doi:10.1590/S0104-11692003000400017
- Fassheber, V. B., & Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: Narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(2), 194-207. doi:10.1590/S1414-98932007000200003
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., . . . Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. doi:10.1590/S1516-44461999000100006
- Fleck, M. P. A., Louzada, S. X. M., Chachamovich, E. V. G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saude Publica*, 34(2), 178-183. doi:10.1590/S0034-89102000000200012
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795. doi:10.1590/S1413-81232006000300026
- Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: Objetivos, princípios e valores. *Revista Enfermagem UERJ*, 12(2), 217-221.
- Klock, A. D., Heck, R. M., & Casarim, S. T. (2005). Cuidado domiciliar: A experiência da residência multiprofissional em saúde da família/ufpel-ms/bid. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(2), 237-245.
- Lauber, C., Nordt, C., Haker, H., Falcato, L., & Roessler, W. (2006). Community psychiatry: Results of a public opinion survey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 234-242. doi:10.1177/0020764006067200

- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida* (Projeto de Pesquisa). Açores, Portugal: Universidade do Açores.
- Mângia, E. F., & Marques, A. L. M. (2004). Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: Novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(3), 129-135. doi:10.11606/issn.2238-6149.v15i3p129-135
- Martins, P. A. S. F., Arantes, E. C., & Forcella, H. T. (2008). Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: Validação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 42(2), 233-241. doi:10.1590/S0080-62342008000200004
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2001). *The world health report*. Geneva, Switzerland: Author.
- Pereira, V. P., & Borenstein, M. S. (2004). Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 13(4), 527-534.
- Scattolin, F. A. A. (2006). Qualidade de vida: A evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 8(4), 1-5. Retrieved from revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/175
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. doi:10.1590/S0102-311X2004000200027
- Silva, D. S., & Azevedo, D. M. (2011). As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(3), 602-609. doi:10.1590/S1414-81452011000300023
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 70-79. doi:10.1590/S0047-20852008000100013
- The WHOQOL Group. (1994). *The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*. In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-60). Heidelberg, Germany: Springer.